

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 9

FACULTE DE MEDECINE

LES

OSTÉITES COSTO-CHONDRO-STERNALES

POST-TYPHIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1^{er} Décembre 1913

PAR

René GUILÉ

Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 16 novembre 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VIRES, professeur, <i>Président</i> .	} Assesseurs.
		SARDA, professeur.	
		SOUBEYRAN, agr. lib. ch. de c.	
		EUZIERE, agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913

LES
OSTÉITES COSTO-CHONDRO-STERNALES
POST-TYPHIQUES

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 9

FACULTE DE MEDECINE

LES

OSTÉITES COSTO-CHONDRO-STERNALES

POST-TYPHIQUES

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1^{er} Décembre 1913

PAR

René GUILÉ

Né à Nantes (Loire-Inférieure), le 16 novembre 1887

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	VIRES, professeur, <i>Président</i> .	} Assesseurs.
		SARDA, professeur.	
		SOUBEYRAN, agr. lib. ch. de c.	
		EUZIERE, agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1913



PERSONNEL DE LA FACULTE

Administration

MM. MAIRET (*).	DOYEN.
SARDA.	ASSESEUR.
IZARD.	SECRÉTAIRE.

Professeurs

Pathologie et thérapeutique générales.....	MM. GRASSET (O *).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (*).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (*).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O *).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS (*).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (*).
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.
Clinique médicale.....	RAUZIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	VIRE.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), HAMELIN (*).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	MM. VEDEL, agrégé libre.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements.....	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires...	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN, agrégé libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. J. DELMAS.
GRYNFELT.	DERRIEN.	ETIENNE.
LAGRIFFOUL.	P. DELMAS.	RIMBAUD.
LEENHARDT.	MASSABUAU.	ROGER.
GAUSSEL.	EUZIERE.	LECERCLE.
RICHE.		

Examineurs de la thèse :

MM. VIRE, prof., président.	MM. SOUBEYRAN, agrégé libre ch. de c.
SARDA, professeur.	EUZIERE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle ne leur donne ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

PHARMACIEN

DIRECTEUR DE L'AGENCE DE LA PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE, A NANTES

Faible témoignage d'une grande reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

R. GUILÉ.

A MONSIEUR CHARLES BUCHET

PHARMACIEN

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

DIRECTEUR DE LA PHARMACIE CENTRALE DE FRANCE

R. GUILÉ.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRES

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SARDA

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS
SOUBEYRAN ET EUZIÈRE

R. GUYLÉ.

LES OSTÉITES COSTO-CHONDRO-STERNALES POST-TYPHIQUES

INTRODUCTION

La localisation du bacille d'Eberth dans le squelette, pendant la convalescence de la fièvre typhoïde, a fait depuis de nombreuses années, l'objet de plusieurs travaux importants. Les auteurs de ces différentes études se sont attachés à l'inflammation osseuse post-typhique, en général. Dans ce modeste travail, nous étudierons spécialement les localisations éberthiennes costo-chondro-sternales. Venu après d'autres, nous avons l'avantage de profiter des idées qu'ils ont émises. En empruntant à des publications anciennes et récentes, étrangères ou françaises, quelques observations, nous examinerons les circonstances particulières qui ont présidé aux complications osseuses costo-sternales après la dothiéntérie; nous en rechercherons les causes et enfin nous essayerons de tirer les déductions utiles au traitement de la maladie, but auquel doit tendre toute étude médicale.

Avant de commencer cette étude, nous tenons à exprimer toute notre reconnaissance à Monsieur le professeur agrégé Soubeyran, chargé du cours de médecine opératoire à la Faculté de Montpellier, qui a bien voulu nous inspirer le sujet de cette thèse et mettre à notre disposition des observations personnelles.

Que Monsieur le professeur Vires veuille bien agréer nos remerciements pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les localisations osseuses de l'infection éberthienne ont été signalées dans différents travaux de Boerhave (1728), Maisonneuve (1839), Chassaignac (1854), Drouin, Keen (1878), 47 observations; Mercier (1879). Ces auteurs ne faisaient que signaler les complications osseuses post-typhiques; mais plus tard, dès qu'on eut reconnu le rôle pyogène du bacille d'Eberth, on commença à discuter la pathogénie et, de 1878 à 1885, une série de thèses mirent la question au point tout en distinguant, parmi ces infections consécutives à la typhoïde, celles qui pouvaient dépendre de l'Eberth, du colibacille, du staphylocoque, etc.

Cette distinction date surtout des recherches (1889) d'Ebermaier, qui fournit la preuve bactériologique que les lésions osseuses étaient sous la dépendance du bacille d'Eberth; et de celles de Schede et Moizard établissant que ce bacille n'était pas seul en cause et que les suppurations osseuses post-typhiques pouvaient dépendre du staphylocoque, ou du colibacille, ou d'infections mixtes se combinant à l'infection éberthienne.

Enfin Chantemesse et Widal trouvèrent, chez des animaux inoculés par des cultures pures, la présence du bacille d'Eberth dans la moelle des os, alors que ce dernier avait disparu des différents organes.

CHAPITRE II

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

La localisation osseuse de l'infection éberthienne survient généralement pendant la convalescence : principalement vers la sixième ou la septième semaine. Mais elle peut s'observer longtemps après la guérison de la dothiériénémie, quelquefois après des délais considérables.

Keen, sur 47 cas, a noté l'apparition de l'ostéite post-typhique, dix fois dans les quinze premiers jours, vingt-sept fois de trois à six semaines et dix fois plusieurs mois après.

Plusieurs cas ont été examinés où les symptômes ne se sont manifestés qu'après plusieurs années. Il conviendrait alors, d'après le professeur Forgue « d'interpréter ces faits comme des ostéomyélites typhiques prolongées, où l'infection initiale a lentement abouti à une nécrose que révèlent tardivement les phénomènes d'intolérance et d'élimination, ou bien s'est compliquée ultérieurement d'une infection surajoutée, streptococcique ou staphylococcique, se localisant au niveau des lésions résiduelles de l'ostéite typhique ».

D'après Le Dentu et Delbet, les plaies par vésicatoires

serviraient de porte d'entrée à ces infections secondaires; le streptocoque ou le staphylocoque s'associeraient alors au bacille d'Eberth, et d'après Vincent, l'association du streptocoque serait plus nocive que l'autre.

Bourgeois cite un cas où une pression répétée, au niveau du sternum, détermina la formation d'une périostite chez une femme qui semblait à l'abri de cette complication à cause de son âge avancé, 68 ans: en effet, c'est justement au point où cette femme avait l'habitude d'appuyer son pain pour le couper, que l'inflammation s'était manifestée.

Nous trouverons, au cours de ce travail, une explication anatomo-pathologique que nous croyons avoir une valeur.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Tvyssokóvitch a montré que, dans une infection quelconque, la moelle osseuse devenait le milieu préféré où s'accumulait le microbe. Le bacille d'Eberth séjourne dans cette moelle (la moelle osseuse est toujours congestionnée chez les typhiques, Neumann et Ponfick) jusqu'au jour où un traumatisme, une fatigue réveillent l'activité de celui-ci, qui peut rester inactif pendant sept ans d'après Buschke.

Dans plusieurs cas d'Ebermaïer, l'infection typhique s'est propagée par la moelle osseuse et même alors qu'il n'apparaissait qu'une périostite, le bacille d'Eberth fut trouvé dans la moelle voisine.

Comme nous le disions, dans l'historique de cette thèse, Ebermaïer signala les premiers cas cliniques d'ostéomyélites à bacille typhique, ensuite Orloff cita un exemple de bacilles d'Eberth, vivant depuis longtemps en colonies dans la moelle osseuse. Il n'observa que des granulations, avec absence de pus, mais avec raréfaction de tissu osseux.

Dans une observation de Cornil et Péan, le périoste était épaissi, soulevé, facilement décollable. Dans une cavité,

limitée d'une part par les limites superficielles osseuses et d'autre part, par le tissu compact de l'os, séjournait un tissu rosé, très vascularisé, mi-transparent. La paroi de la cavité, séparée complètement de la moelle de l'os, était dure et éburnée. Le foyer périostique et le foyer osseux étaient remplis de tissu embryonnaire qui décéla, à la culture, la présence du bacille typhique.

Colzi, dans ses recherches sur l'infection osseuse éberthienne chez le lapin, obtint onze fois sur quatorze, la suppuration d'un foyer de fracture sous-cutanée, sans autre localisation dans les autres parties du corps. Sur ces onze lapins, quatre moururent le sixième, le onzième, le dix-septième, le quarante-huitième jour après l'inoculation. Chez quelques-uns, le bacille d'Eberth existait dans le sang et de là peuvent s'expliquer les cas de nécrose post-typhique consécutifs à des thromboses ou des embolies (Murchison, Huguenin, Patry, Roger, Maurice).

Dans le cas qui nous intéresse, Helferich observa 1° chez un dothiéntérique; 2° chez un convalescent, plusieurs exemples d'inflammation des côtes thoraciques, spécialement au niveau de leur partie cartilagineuse: dans la moitié des cas, plusieurs côtes avaient été atteintes. Les fistules aboutissaient à une petite cavité remplie de granulations et au fond de laquelle se trouvait à nu le périchondre épaissi; le cartilage présentait souvent des calcifications et même des séquestres. Il semble même (Bergmann) que le bacille typhique se localise principalement à l'union du cartilage avec l'os. Helferich n'ayant observé cette localisation spéciale qu'après l'âge de 30 ans, pense que celle-ci trouve un milieu prédisposant dans les altérations osseuses régressives des cartilages costaux.

Bien qu'une de nos observations concerne une jeune malade de 13 ans, les côtes sont surtout atteintes entre la

vingt-cinquième et trentième année, car pour l'infection éberthienne, tout comme pour l'ostéomyélite aiguë des adolescents, l'infection se localise surtout au niveau des organes où se fait une active prolifération. Pour Philippon l'activité des os longs est éteinte chez l'adulte et l'accroissement de sa taille est terminé. Seuls les cartilages costaux sont encore en voie d'ossification, cette ossification étant surtout centrale et marchant vers la périphérie. Aussi le point de départ de la lésion est le plus souvent central (Broca) et non périchondrique; d'autre part elle siège surtout à l'union du cartilage et de la côte. Cette persistance de l'ossification au niveau des cartilages costaux nous expliquerait donc cette localisation fréquente chez les gens âgés. Et pourtant Broca cite un cas à 26 ans, et nous en avons un à 13 ans.

Bactériologie. — Chantemesse et Widal, Achard, Achalme et Mauclair, Sultan, Mouisset, Cornil et Péan, Barbacci, Mackensie, Hanquet, Dupraz, Colzi, Melchior, H. Claude, ont trouvé, dans le pus d'ostéites post-typhiques, le bacille d'Eberth *seul*. Dans des recherches de Klemm, ce dernier s'associait tantôt au staphylocoque doré, tantôt au colibacille. La distinction entre le coli et l'Eberth n'est pas toujours facile et il semble que l'infection éberthienne, tantôt pure, tantôt accompagnée de microcoques, est le plus souvent *très mixte*.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

Les complications osseuses de la fièvre typhoïde sont assez rares. Fürbringer les observa cinq fois sur 1.600 typhiques; Dopfer, huit fois sur 927 cas. D'après la statistique de Maclaure qui les étudia, six fois au tibia, une fois au radius, une fois au cubitus, quatre fois aux côtes, deux fois au sternum, nous voyons que les localisations costo-sternales sont les plus fréquentes après celles du tibia. Le professeur Forgue écrit: « Une localisation est particulièrement observée chez les sujets ayant dépassé la trentaine; c'est celle qu'Helferich et Bergmann ont signalée au niveau de la partie cartilagineuse des côtes thoraciques, soit à l'union du cartilage et de l'os, soit dans le cartilage lui-même ».

L'apparition de la complication osseuse peut être très *rapide*, comme le cas rapporté par Widal (Soc. méd. des hôp., 1896), où, vers le vingtième jour de la dothiéntérie, on découvre, par hasard, au niveau d'une côte, une tumeur grosse comme un œuf de poule, dure comme l'os, indolente à la pression et au niveau de laquelle la peau était rouge. Cette tumeur augmenta pendant quelques

jours, puis subit une fonte si rapide qu'à la défervescence, le quarante et unième jour, elle était à peine perceptible.

Mais, en général, l'apparition de l'ostéite costale typhique est tardive. A part le cas de Vidal, elle survient après la disparition de la fièvre, parfois alors même que le malade est entré en convalescence, presque toujours entre la septième et huitième semaine, exceptionnellement longtemps après.

On ignore, le plus souvent, la cause de cette complication, mais on peut croire les raisons invoquées par Mouisset, Valentin, Dupras; celles d'un choc, d'un trauma, d'une fracture ancienne. « J'ai constaté, dit Maucelaire, un gonflement très marqué et douloureux, au niveau d'une ancienne fracture de côte, chez un malade convalescent d'une fièvre typhoïde, depuis trois mois. Cette localisation était survenue sans trauma récent. »

Histologiquement, l'ossification progressive des cartilages costaux, comme nous l'avons vu, semble devoir être une cause primordiale de la localisation chondrale du bacille typhique.

Le début de cette complication est insidieux, la fièvre réapparaît, les *douleurs osseuses*, d'abord vagues, deviennent intolérables, excruciantes, comme les abcès des os. La douleur se localise nettement en un point et s'exagère à la pression; elle s'exaspère la nuit et empêche tout sommeil.

Le *gonflement* est limité et fait corps avec la côte ou le cartilage voisin; la fluctuation est assez vague et l'incision dévoile tantôt un pus jaunâtre et crèmeux, tantôt de la sérosité mélangée de sang. La côte est dénudée, le cartilage épaissi et la lésion paraît sous-périostée.

Chantemesse et Vidal ont parfois observé l'absence de fièvre; celle-ci est constante pour Klemm.

CHAPITRE V

VARIETES ET MARCHE

M. Hutinel admet deux degrés. Dans le premier, il décrit une lésion circonscrite sans symptôme fébrile sérieux. La résolution est rapide et complète, le périoste seul ayant été lésé. Dans le second, il trouve des phénomènes inflammatoires plus accusés, avec fièvre et douleur vive. A l'aspect extérieur, la peau est rouge, œdématiée, avec suppuration limitée.

D'après Mercier, la localisation osseuse du bacille d'Eberth, n'entraînerait qu'une simple périostite. Rondu affirme l'existence première de l'ostéomyélite.

Terrillon distingue : 1° une périostite avec abcès sous le périoste et lésions osseuses légères ; 2° une périostite avec ostéite nécrosante ; 3° une périostite externe du type de Duplay.

Dehu décrit : 1° une ostéomyélite suppurative ; 2° une ostéomyélite hémorragique, rappelant le type décrit par le professeur Tédénat ; 3° une ostéomyélite avec nécrose superficielle et formation d'un tissu de granulation.

D'après le professeur Forgue les formes les plus fréquemment observées sont les suivantes : 1° forme rhuma-

toïde, à résolution ; 2° forme chronique, non suppurée, douloureuse, hyperostosante ; 3° forme suppurée aiguë ; 4° forme suppurée chronique. Ajoutons avec Mauclore une cinquième forme représentée par un abcès osseux enkysté et tardif. M. Picqué en a rapporté un cas observé avec son maître, le professeur A. Richet, chez un malade 15 ans après une fièvre typhoïde. Pour Mauclore « dans les formes non suppurées, la lésion ostéomyélique peut revêtir les caractères de l'ostéotuberculose. Aussi Chantemesse et Widal ont-ils insisté sur l'évolution froide de certaines suppurations éberthiennes. Quoi qu'il en soit, la tuméfaction osseuse peut se résorber, ou bien elle se caséifie ; l'*abcès froid*, ainsi formé, s'ouvre en dehors, et une fistule se produit et conduit dans un foyer d'ostéomyélite caséuse corticale ».

Le pus typhique présente plusieurs aspects. C'est un liquide parfois rouge brun (Klemm), parfois verdâtre (Dehand), parfois « sirupeux hémorragique » (Albertin). Ces différents caractères proviennent de ce que le bacille d'Eberth « n'est pas pyogène normalement ». Comme le bacille de Koch, il lèse et nécrose les tissus ; à une simple tuméfaction succède une pseudo-caséification avec formation de tissu granuleux et transformation liquide sirupeuse des éléments lésés.

Rappelons enfin que les lésions osseuses peuvent précéder l'apparition des signes abdominaux de la dothiénentérie (Fürbinger) et qu'il faut, en clinique, différencier les lésions dues au bacille d'Eberth de celles occasionnées par le staphylocoque.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Le diagnostic de la forme rhumatoïde à résolution, réclame souvent l'existence d'une fièvre typhoïde dans les commémoratifs.

La forme chronique peut être confondue avec l'ostéotuberculose et cette confusion peut être difficile à éviter surtout lorsque l'ostéomyélite apparaît à un intervalle éloigné de la fièvre typhoïde. Beaucoup d'ostéites costales, d'origine typhique, ont dû être confondues avec la tuberculose. « Il faut, dit Philippon, serrer l'interrogatoire de près; rechercher avec soin le début. Dans la tuberculose, l'évolution est plus torpide, l'état général plus souvent atteint, les localisations viscérales plus fréquentes ».

Enfin, dans le cas de tuberculose, on trouvera un engorgement ganglionnaire marqué, des cicatrices d'écrouelles; l'affection aura eu une marche lentement progressive, sans poussée et sans rémissions comme dans la typhoïde.

Dans la syphilis osseuse, les lésions sont multiples, avec association d'accidents tertiaires. La suppuration est exceptionnelle, et le résultat du traitement spécifique tranchera la difficulté.

La périostite et l'ostéomyélite varioleuse ont été signalées par J.-L. Petit, Lombard, Golgi, Barie, Nève, Colzi, Litten, Poncet, Orth, Kolackek, D. Colley, etc. Après la varicelle, l'infection semble provenir des pustules cutanées voisines (Kummer).

Signalons enfin les ostéopériostites consécutives à la rougeole, la scarlatine, l'érysipèle, la grippe. Ces dernières observées par Richet, Moser, Witel, Isoard, F. Franke, peuvent simuler au thorax une infection osseuse tuberculeuse.

Pour résumer, on aura toujours recours à l'examen bactériologique pour fixer son diagnostic.

Dans le cas de tuberculose, la suppuration n'offre pas le même aspect que la suppuration éberthienne qui est bien liée, sans grumeaux, crèmeuse, de couleur brune ou rougeâtre.

Une distinction difficile à faire est celle du bacille d'Eberth et du colibacille dont les rapports sont très intimes. Klemm trouva maintes fois le coli à côté de l'Eberth.

Dans les lésions, il trouva des gaz et il était très difficile de faire la part de ce qui appartenait au coli ou de ce qui appartenait à l'Eberth.

Le pronostic d'ostéites costales est presque toujours favorable. Nos observations concernent toutes des cas de guérison. Qu'on nous permette cependant de citer le cas de Paget où la maladie ayant débuté par le périoste de la onzième ou douzième côte, donna lieu à une collection abondante qui fusa lentement entre les muscles abdominaux et qui finalement s'ouvrit dans l'aîne. Le malade dont la vie fut longtemps en danger, guérit cependant.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

La cause primordiale des affections osseuses de la fièvre typhoïde est l'épuisement dans lequel se trouvent les convalescents de cette maladie. Le traitement préventif des complications ostéo-périostiques sera donc d'éviter les traumatismes et les fatigues pendant la convalescence de la dothiéntérie. Dès que le malade entrera en convalescence, il sera préservé de toutes les causes de refroidissement et il ne lui sera permis de se lever que lorsque les forces seront bien revenues.

Pour calmer la douleur et l'inflammation, Bourgeois a recours aux onctions d'onguent mercuriel belladonné; nous ne croyons pas que cette thérapeutique puisse convenir aux cas qui nous occupent. Il prescrit aussi l'application continue de cataplasmes. Lorsque la douleur est intense, Ollier recommande les vésicatoires; Tourneux et Ginesty conseillent d'essayer le traitement révulsif pendant un mois et demi environ, sauf dans les cas où la suppuration est manifeste de bonne heure. Si, au bout de ce temps, l'amélioration n'est pas très sensible, ils interviennent. Ils n'attendent pas que la fluctuation apparaisse car, disent-ils: « avec le vain espoir de voir les lésions rétro-céder, le malade souffre inutilement et bien souvent les

lésions s'étendent et gagnent des régions non encore attaquées ».

Pour nous, il faut intervenir, même lorsqu'il n'y a pas de signes manifestes d'abcédation; nous pensons avec Tourneux et Ginesty que dès qu'un malade présente au niveau d'une pièce squelettique une tumeur douloureuse, et que cette tumeur se montre rebelle à un traitement médical ou évolue vers l'abcédation, il faut opérer.

La résolution pure et simple est souvent observée (voir l'une de nos observations). Mais en intervenant rapidement, une incision simple amène souvent une guérison complète. Suivant les cas, il faudra *curetter* la côte assez profondément, car le foyer est souvent central, ou faire la *résection*, afin de prévenir des récidives *in situ* comme le prouve une autre de nos observations.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

Ostéite chondro-sternale post-typhique.

Due à l'obligeance du professeur agrégé Soubeyran

M. R..., 45 ans, pharmacien à Vauvert, est soigné par le docteur X., pour dothiéntérie légère, en mars 1910, dont il guérit fort bien.

Un mois après, apparition d'une tuméfaction rouge et douloureuse sur le bord droit du sternum, au niveau des troisième et quatrième cartilages costaux.

Bientôt la tuméfaction s'accroît et on perçoit une légère fluctuation; la rougeur s'étend assez loin, en rayonnant.

Sujet au thorax rachitique (en carène).

Le 5 mai 1910, intervention; anesthésie générale à l'éther; incision cruciale sur la tuméfaction, un peu de pus jaunâtre et bien lié, se trouve sous les plans superficiels; on arrive sur les troisième et quatrième cartilages costaux, tout près de leur articulation sternale. Ils sont dénudés à la rugine et réséqués. Nettoyage; teinture d'iode; éther iodoformé, drainage.

Fait à noter, les cartilages costaux réséqués s'enlevaient en se débitant comme des rondelles de bois ou des tranches de saucisson épaisses de un demi à un centimètre.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Soubeyran.

R., 45 ans, hôtelier, entre à l'Hôpital, en décembre 1912 pour une typhoïde qui dure un mois. Un mois après se déclare une ostéite chondro-costale droite. Le malade présente un abcès au niveau des cartilages des cinquième et sixième côtes gauches. Résection costale des cinquième et sixième cartilages costaux gauches, en mars 1913. Fistulisation longue. Guérison en juin 1913.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Soubeyran.

E..., fillette de 13 ans, de Teyran, est atteinte d'une dothiéntérie légère en avril 1913 (docteur Cairel). Le mois suivant, en mai, elle se plaint d'un point douloureux sterno-costal gauche. L'attitude de l'enfant fait croire à un autre chirurgien, à une scoliose, et il propose un corset. Un abcès se déclare vers la fin du mois de mai. On diagnostique une ostéite du bord droit du sternum et des quatrième et cinquième cartilages costaux. L'opération a lieu le 18 juin 1913 (Clinique mutualiste). En juillet dernier, la fillette était en excellente voie de guérison.

Actuellement (novembre 1913), elle est complètement guérie depuis août.

OBSERVATION IV

Wiener medizinische Presse, 1867, p. 1204 Englisch. *In* Thésé Bourgeois.

H... Samuel, âgé de 33 ans, fut atteint, au commencement de novembre 1866 de typhus abdominal sur la marche duquel il ne peut donner aucun détail, sinon qu'il est resté sans connaissance et qu'il a pu quitter le lit vers le milieu de décembre. A Noël, il remarqua sur le bord gauche du sternum, au niveau de l'espace compris entre les quatrième et cinquième côtes, une petite tumeur; quelques jours auparavant il avait ressenti dans cette région des douleurs lancinantes; cette tumeur augmenta de volume; à la fin de janvier 1867 elle atteignait la grosseur d'un œuf de pigeon et était manifestement fluctuante. Elle s'ouvrit spontanément en mars et donna issue à une quantité de pus très fluide. L'ouverture se rétrécit peu à peu, grâce aux granulations qui se développèrent, et l'on dut pour assurer l'évacuation du pus, agrandir l'orifice, partie avec l'éponge préparée, partie avec le couteau. Le 20 septembre 1867, le patient, qui jusqu'à son typhus abdominal n'avait jamais été malade, présentait un aspect florissant; on trouvait dans la région indiquée plus haut, une petite fistule par laquelle le stylet arrivait sur la face inférieure du sternum, qui est rugueuse et dépourvue de périoste. Le pus sécrété était fluide. Un examen, fait plus tard, ne montra rien d'anormal, sinon une diminution du volume de la rate.

OBSERVATION V

St Bartholomew's Hosp. Rep., 1885, tome 1, p. 107. Dyce-Duchworth
In Thèse Bourgeois.

Un homme, âgé de 36 ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, eut une fièvre typhoïde. Trois mois après survint une tumeur sur le bord du sternum, tumeur qui s'ouvrit spontanément et continua à donner issue à des matières pendant douze mois. Sa santé fut atteinte par une suppuration aussi prolongée, mais la guérison fut obtenue et se maintint.

OBSERVATION VI

British medical Journal, 1885, tome 2 *In Thèse Bourgeois.*

Un jeune homme de 16 ans entre à l'hôpital, vers la troisième semaine d'une fièvre typhoïde. Il y avait alors de la périostite du manubrium du sternum, elle disparaît sans suppuration.

(Plus tard, on observa de la périostite successivement à la face externe du fémur gauche, puis du fémur droit, à l'extrémité externe de la clavicule droite sans formation de pus.)

OBSERVATION VII

Medical Press and Circular, mai 1886, p. 402, Tweedy

In Thèse Bourgeois.

J. S., âgé de 33 ans, palefrenier, entrainé à l'hôpital le 15 décembre 1885, avec des symptômes bien marqués de fièvre typhoïde. Diarrhée abondante, sensibilité et gargouillements, langue caractéristique et température de 103°5 Fahr. Il était malade depuis six jours, ce qui était confirmé par l'apparition des taches rosées, deux jours après. La maladie évolua simplement et sans complication. Elle marcha bien, et le 2 janvier, vingt-deuxième jour de la maladie, la température vespérale était de 99° Fahr. et se maintint ainsi avec de légères oscillations pendant quelques jours, temps pendant lequel il manifesta un vif désir de se lever, disant qu'il se trouvait tout à fait bien, et réclamant continuellement de la viande, ce qui lui fut naturellement refusé, et ce ne fut que le 9 janvier (la température s'étant maintenue normale pendant huit jours) que pour la première fois on lui donna une côtelette de mouton. Le lendemain, il y eut une augmentation de température, non suivie d'un trouble constitutionnel. Craignant une recrudescence de la fièvre, le malade fut surveillé après soins; mais, quoique la température continuât à être élevée le soir, il n'y avait aucun signe de rechute. Les poudres furent aussi examinés avec soin, mais on ne put découvrir aucune lésion. Alors il attira, de lui-même, l'attention sur un point sensible, de la dimension d'une pièce d'une couronne environ, situé juste au-dessous de l'articulaire sterno-claviculaire droite; on n'y trouvait au-

cune rougeur ni tuméfaction. Le soir du 13 janvier, la température atteignit 103° Fahr. et se maintint élevée pendant dix jours.

A ce moment il y avait une tumeur ovale, bien marquée, bien visible au-dessous de l'insertion sternale du grand pectoral et s'étendant du deuxième au quatrième cartilage costal. Elle était extrêmement douloureuse et la douleur était de beaucoup augmentée quand les fibres musculaires se tendaient. La tumeur était élastique au toucher, on pouvait sentir un peu de fluctuation surtout dans la direction transversale. Il n'y avait ni rougeur, ni décoloration de la peau et je pouvais constater qu'il n'y avait ici aucune trace d'infection syphilitique. Mon collègue, M. Hamilton, fut assez bon pour examiner ce cas, et sur son avis, le traitement fut l'application continuelle de cataplasmes et la continuation du mélange fer et quinine employé ordinairement à l'hôpital et prescrit quelques jours auparavant. La température commença à descendre graduellement vers le 20 janvier et devint absolument normale, le 28 suivant. La tumeur diminua aussi peu à peu, devint moins douloureuse, et finalement elle était complètement disparue, lorsque le malade quitta l'hôpital. z

OBSERVATION VIII

Empruntée au Docteur E. Philippon.

M., 32 ans, ménagère, entre le 5 novembre 1898 pour une chondro ostéite costale post-typhique. La malade présente une petite fistule, au voisinage du sein droit, au niveau du cartilage de la cinquième côte. Curettage du

foyer. Guérison. Le pus révèle la présence du bacille d'Eberth.

OBSERVATION IX

Empruntée au Docteur E. Philippon.

H..., 30 ans, entre le 7 novembre 1901, pour une ostéite costale d'origine typhique. La malade garde une fistule donnant peu. On fait un grattage superficiel du cartilage costal. On ne trouve ni pus, ni séquestres. Guérison.

OBSERVATION X

Empruntée au Docteur E. Philippon.

F..., 45 ans, entre le 26 mai 1905 pour une ostéite chondro-costale post-typhique. A eu deux fois la fièvre typhoïde et a été opérée, il y a un an à Albertville. Actuellement, il existe trois fistules au niveau de la cicatrice. On trouve des foyers multiples sur les cartilages chondro-costaux qui sont en partie ossifiés et fusionnés entre eux. La quatrième côte présente de l'ostéomyélite centrale et doit être réséquée. En aucun point il n'y a de foyer pénétrant dans le médiastin. Curettage et pansement. Guérison.

CONCLUSIONS

I. L'ostéite costo-chondro-sternale est une affection qui n'est point rare. Elle constituerait les quatre dixièmes des complications osseuses de la fièvre typhoïde. Elle est surtout fréquente après la trentième année.

II. Les cartilages costaux restant en voie d'ossification, alors même que l'activité des os longs est éteinte; seraient le milieu choisi de la localisation éberthienne chez les gens âgés.

III. Nous distinguerons quatre formes d'ostéites post-typhiques: 1° une forme rhumatoïde; 2° une forme chronique non suppurée; 3° une forme suppurée aiguë; 4° une forme suppurée chronique.

IV. L'apparition de l'ostéite costale est généralement tardive, avec début insidieux, douleur osseuse très marquée, fluctuation vague et gonflement limité. La fièvre peut ou ne pas exister.

V. L'examen bactériologique tranchera seul la difficulté du diagnostic. Le pronostic est généralement très favorable.

VI. Après un traitement *préventif* (c'est-à-dire la prolongation la plus longue possible de la convalescence), et un traitement *médical* intensif et de *peu de durée*, l'intervention *chirurgicale* sera de règle.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHALME. — Société de Biologie, 1890.
ACHARD et BROCA. — Gazette Médicale, 1895.
AKERMANN. — Arch. de méd. expérimentale, 1895.
ALBERTIN. — Province Médicale, juin 1895.
ALEXANDROVITCH. — Thèse de Montpellier, 1902.
BERGMANN. — Petersburger Med. Wochenschr., 1895.
BONARDI. — Clin. Med. Italiana, 1901, n. 4.
BONSIRVEN. — Thèse de Toulouse, 1899-1900.
BOURGEOIS. — Thèse de Paris, 1886-87.
BROUARDEL et THOINOT. — Traité de médec., t. I, p. 728.
BUSCHKE. — Fortschr. der Med., 15 août 1894.
CHANTEMESSE et WIDAL. — Soc. Médic., 1893.
DEHU. — Thèse de Paris, 1893.
DEL VECCHIO et PARASCANDOLO. — Reforma Medica, 1895.
DIEULAFOY. — Journal de médecine et chirurgie, 1904.
DUCLOS. — Thèse de Paris, 1895.
DUPONT. — Thèse de Paris, 1894.
EBERMAIER. — Deutsch. Arch. für Klinische Medicin, 1889.
FORGUE. — Précis de pathologie externe.
FRAENKEL. — Mittheil, aus den Grenzgebiete der Med.
und chir.
FRANKE. — Arch. f. Klin. chir., 1895.
GOLGI. — Rivista Clin. di Bologna, 1873.

GUENEAU DE MUSSY. — Clin. Méd., t. III, p. 567.

HASLÉ. — Thèse de Paris, 1892.

HULIN. — Thèse de Paris, 1885.

HUTINEL. — Thèse agrégation, 1883.

ISOARD. — Thèse de Montpellier, 1894.

JEANBRAU. — Montpellier Médical, 1904.

RAREWSKY. — Congrès des chirurgiens allemands.

KLEMM. — Arch. f. Klin. Chir., 1893.

KOLACZEK. — Deutsche Med. Wochenschr., 18.

LE DENTU et DELBET. — Nouveau traité de chirurgie, t. V.

MARAGLIANO. — Gaz. degli ospedali, 21 juillet 1901.

MAUCLAIRE. — Ostéomyélites de la croissance, 1894.

MOSER. — Berlin. Klin. Wochenschr., 14 avril 1890.

PHILIPPON. — Thèse de Lyon, 1908-1909.

Province Médicale, 1913, n. 21.

Saint-Bartholomew's Hospital, Reports, vol. XXI, 1885.

SCHEDE. — Munchener, med., Wochenschrift, 1888.

SHELTON HORSLEY. — L'infection post-typhique des côtes.

Annales of Surgery, 1903.

SIREDEY. — Thèse de Paris, 1883.

VAN REMOORTÈRE, — Thèse de Lille, 1900-1901.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 26 novembre 1913.
Pr le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil d'Université
MAIRET.

Vu et approuvé
Montpellier, le 26 novembre 1913
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue laira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
